FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939 N° 494

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ihil Mortha AVRAM

Né le 7 Février 1911, à Jassy (Roumanie)

Contribution à l'étude du problème de la dénatalité

(LA STÉRILITÉ FÉMININE)

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, Rue Saint-Jacques, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939 N° ____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ihil Mortha AVRAM

Né le 7 Février 1911, à Jassy (Roumanie)

Contribution à l'étude du problème de la dénatalité

(LA STÉRILITÉ FÉMININE)

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, Rue Saint-Jacques, 289

1939

Le Doyen..... TIFFENEAU.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
	SANNIE
»	VERNE.

II. — Agrégés en Exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie Médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — Agrégés rappelés a l'Exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Parasitologie.
NEVEU-LEMAIRE	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe a titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHABROL	Clinique médicale.
DONZELOT	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
PASTEUR-VALLERY-RADOT	Clinique médicale.
SÉZARY	Clinique médicale.

MM.	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCQ	Clinique Chirurgicale.
CADENAT	Clinique Chirurgicale.
GATELLIER	Clinique Chirurgicale.
MOURE	Clinique Chirurgicale.
QUENU	Clinique Chirurgicale.
VELTER	Clinique Chirurgicale.
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V_2 — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

Bien faible témoignage de ma tendre affection.

A MON FRÈRE NACHMANN

In mémoriam.

A LA MÉMOIRE DE M. HENRY LÉVY

Officier de la Légion d'Honneur
Conseiller Général du Bas-Rhin
Président du Conseil d'Administration des Grands Moulins de Strasbourg

A M. S. ARON

Témoignage de reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR L. TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller Technique Sanitaire du Ministère
de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

INTRODUCTION

Dans notre travail qui n'est qu'une sorte de mise au point, nous voulons apporter une contribution à l'étude de la dénatalité. Nous nous proposons d'étudier un des facteurs de la dénatalité : la stérilité féminine.

Nous soulignons avec insistance le rôle que le médecin doit jouer dans la solution du problème angoissant de la dénatalité.

L'unité la plus simple de l'association humaine, celle dont la répétition forme la société, ce n'est pas l'individu, c'est la famille, c'est elle qui est la première association.

La vie publique résulte de toutes les vies de famille unies en vue de leur protection et de leur sauvegarde mutuelles.

Le médecin qui est le plus souvent l'ami et le conseilleur de la famille peut et doit jouer son rôle.

Que doit-il faire ? Il doit protéger, aider, éclairer la famille d'une part et chercher et trouver les causes de la stérilité et s'appliquer à les éviter si elles sont évitables, s'efforcer à guérir la stérilité s'il y a la moindre chance d'y arriver, d'autre part.

Sur 100 cas de stérilité qui se présentent, il y a 75 cas qui peuvent être guéris, en réservant, bien entendu, le mot guérison au cas précis quand la femme inféconde cliniquement devient féconde après l'intervention médicale ou chirurgicale.

Chapitre Premier

LE PROBLÈME DE LA NATALITÉ

Le fait universel qui détermine les parents à restreindre le nombre de leurs enfants est la charge, au moins momentanée, que ceux-ci représentent. Ainsi, la question de la natalité dans son ensemble se ramène à une question de morale économique.

On ne saurait donc accepter la formule empreinte d'un fâcheux égalitarisme, qui imposerait à tous les adultes l'obligation d'avoir un nombre déterminé d'enfants ; pas plus qu'on ne peut songer à recommander la fécondité illimitée. Il faut donc nécessairement s'écarter de ces formules précises, mais trop simples, et se borner à demander que chaque adulte en âge d'avoir des enfants en ait autant qu'il le peut raisonnablement. Chacun, en effet, a le devoir de transmettre la vie qu'il a reçue, et même d'accroître la valeur de cette vie, comme s'y sont efforcés ceux qui l'ont devancé. Ainsi s'impose, dans les limites de ces moyens et de ses capacités le devoir de perpétuer la famille à laquelle on appartient, le devoir de contribuer à l'essor de sa patrie et aux progrès de l'humanité tout entière.

Quand il s'agit du devoir de procréation, l'obligation est impossible, parce qu'il y a tout de même des cas de stérilités involontaires. Mais nous ne pouvons nous dispenser d'une certaine organisation sociale capable de stimuler les consciences et d'assurer le résultat désiré, c'est-à-dire, le nombre de naissances qui paraît nécessaire sur l'ensemble de la population. Puisqu'en France, depuis longtemps, ce nombre reste au-dessous de ce qu'il devrait être et que, de toute évidence, la restriction est déterminée par la volonté de ceux qui mesurent les charges de la progéniture, le mieux est d'atténuer ces charge ou de les rendre plus faciles à supporter.

Deux objections ont été faites :

I. — Avant d'accroître la natalité, il vaudrait mieux réduire la mortalité infantile (allaitement naturel, éducation des mères) ;

II. — Au lieu de rechercher la quantité, il est préférable de se préoccuper de la qualité ; la qualité de la population étant le principal souci de l'eugénique.

La dépopulation n'atteint pas les villes qui se remplissent sans cesse par l'afflux des populations des campagnes. L'effort de l'eugénique tendra donc, pour la ville, à améliorer la qualité de la population infantile par des réformes sociales. Par contre, ces efforts porteront sur la natalité dans la campagne car c'est là que la croissance des enfants se fait dans

les meilleures conditions de salubrité et aux moindres frais.

Mais l'action sociale ne doit pas se borner à faciliter la naissance des enfants ; il faut encore que les institutions permettent d'élever ces enfants à un certain niveau.

Les questions d'éducation, d'immigration, sont aussi des questions sur lesquelles l'eugénique peut dire son mot ; notamment l'immigration qui a acquis après la guerre une importance et un caractère inconnus en France auparavant.

Elle a enfin quelque chose à dire sur le côté psychologique et moral de la question de la natalité.

En résumé, c'est de la décision des pères de famille que dépend la natalité du pays. Cette décision dépend elle-même de trois facteurs.

I. — La charge que représente un enfant jusqu'au moment où il peut se suffire ;

II. — Les chances qu'a cet enfant de pouvoir vivre effectivement au moins dans les conditions où ses parents ont vécu ;

III. — L'opinion que se forment les parents de cette charge et de ses chances.

Pour encourager la natalité, les lois et les allocations favorisant les familles nombreuses ne seront donc jamais nombreuses.

Bien entendu que pour améliorer la race, il ne

suffit pas d'assurer à la vie une bonne origine, il faut encore améliorer les conditions d'existence.

Pour le médecin, le problème de la natalité se présente sous un aspect différent. Très souvent le médecin doit se pencher sur la misère humaine, mais son rôle essentiel est de guérir ou de soulager la maladie et c'est pour cela qu'il est le plus souvent sollicité.

L'étude du problème du traitement de la stérilité sera l'objet du chapitre suivant.

Chapitre II

LA STÉRILITÉ

Le problème du traitement de la stérilité se présente fréquemment, en pratique. Un ménage sur dix, en effet, paraît inapte à la procréation de façon temporaire ou définitive. La conduite du médecin dans de telles conditions doit comporter, dans les examens et les essais thérapeutiques, une série de temps que nous nous sommes efforcés de schématiser.

Diagnostic. — *Y a-t-il réellement stérilité ?* — En pratique, il ne faut accepter en traitement que les stérilités de plus de trois ans, les chances de fécondation spontanée commençant à cette période à diminuer sensiblement, sans toutefois devenir négligeables.

Il faut, de plus, n'admettre pour stériles que les ménages où les rapports sexuels ont lieu de façon régulière, suffisamment fréquente et normale, ce dont on peut se rendre compte par un interrogatoire séparé des conjoints. A ce sujet, l'attention du médecin sera souvent attirée sur des points qui ont souvent aux yeux de la femme ou du mari une très

grosse importance, en particulier sur la frigidité de la femme. Cette frigidité n'est évidemment pas en soi une cause de stérilité.

La stérilité paraissant établie, on doit s'efforcer d'en déterminer la cause. Sur 100 ménages stériles, l'ensemble de statistiques démontre que la cause de stérilité se rencontre :

Chez l'homme environ 40 fois.

Chez la femme environ 60 fois.

Cette constatation conduit à examiner systématiquement le mari et la femme.

Examen du mari. — En dehors d'un examen somatique général, on recherchera particulièrement au niveau des organes génitaux :

Une malformation (hypospadias).

Une lésion infectieuse chronique (goutte militaire, noyau d'épididymite, vésiculite...).

Une ectopie ou une atrophie testiculaire consécutive à une orchite ancienne.

Cet examen clinique sera complété par l'étude cytologique du sperme dont l'importance est capitale.

Le sperme recueilli par masturbation dans une boîte de Pétri stérilisée sera examiné immédiatement pour éviter les causes d'erreur qui tiennent au refroidissement.

Dans le cas où les spermatozoïdes sont très nombreux, très actifs et très mobiles, le mari n'est évidemment pas stérile.

Dans le cas où les spermatozoïdes sont absents ou très rares et immobiles, la stérilité tient probablement au mari.

Dans le cas où les spermatozoïdes sont peu nombreux, peu actifs, l'interprétation devient délicate. En tenant compte du nombre de spermatozoïdes par champ, de la vitesse avec laquelle un spermatozoïde donné sort du champ, du temps que mettent les spermatozoïdes à perdre leur mobilité à l'étuve à 37°, on arrive à apprécier la valeur relative d'un sperme donné.

Examen de la femme. — Il existe pratiquement chez la femme, deux grands types de stérilité : les unes tiennent à une absence ou viciation de la ponte ovulaire ; les autres tiennent à l'existence d'un obstacle mécanique ou inflammatoire, siégeant en un point quelconque du tractus génital ; obstacle empêchant la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule.

Les stérilités d'origine ovarienne peuvent être décelées par les troubles de la menstruation qui les accompagne ou par les signes d'insuffisance ovarienne associés.

Lorsque la femme a vu ses règles apparaître entre 12 et 15 ans et que depuis lors les règles se sont toujours produites semblables à elles-mêmes au point de vue régularité, de la quantité, on peut affirmer que la stérilité n'est pas d'origine ovarienne.

Lorsque la femme, au contraire, a vu ses règles s'établir tardivement, entre 16 et 20 ans, et que

depuis lors les règles ont été irrégulières, peu abondantes, s'accompagnant non pas de coliques utérines franches, mais d'un malaise général et de douleurs siégeant au niveau de l'une ou l'autre région ovarienne, on peut penser qu'il s'agit d'une ovulation difficile et imparfaite.

Il s'agit le plus souvent, dans ce cas, de maigres irritables, manifestement de souche neuro-arthritique, présentant souvent des crises d'urticaires, d'herpès ou de migraines. Leurs sœurs, fréquemment, partagent leur sort et sont également stériles.

L'examen gynécologique révèle chez elles l'existence d'une aphasie génitale plus ou moins marquée : brièveté du vagin, aspect infantile du col, faible volume du corps utérin, frigidité, etc.

Lorsque la femme réglée normalement à l'âge de la puberté a vu progressivement ses règles, d'ailleurs non douloureuses, diminuer d'importance tout en se faisant de plus en plus rares, on peut penser qu'il s'agit d'une insuffisance ovarienne secondaire. Cet état, qui parfois paraît consécutif à une maladie infectieuse aiguë (grippe, typhoïde), est le plus souvent d'origine indéterminée. Il s'accompagne d'un embonpoint caractéristique à prédominance souvent abdominale. Les organes génitaux sont à l'examen le plus souvent absolument normaux. L'étude somatique générale de ces maladies indique souvent chez elles un état d'intoxication chronique se traduisant par un léger excès d'urée dans le sang ou une légère hypertension, parfois un mauvais fonctionne-

ment intestinal paraît à l'origine d'une colibacillémie chronique, ensemble des troubles qui explique dans une certaine mesure l'heureuse influence des régimes hypotoxiques et des régimes lactés en particulier.

La stérilité ne paraît pas être d'origine ovarienne. — Dans ces conditions, il faut admettre pour l'expliquer, l'existence des conditions mécaniques anormales qui empêchent la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde, ces conditions pouvant être d'origine anatomique, inflammatoire, ou les deux à la fois. De toute façon, elles peuvent siéger en un point quelconque du tractus génital, au niveau de la trompe, du corps utérin, du col, du vagin, ou du périnée. Pour préciser la nature de cette stérilité, un examen gynécologique précis est indispensable.

Examen des trompes. — Dans certains cas, le toucher bi-manuel permet d'emblée de mettre en évidence une lésion importante, fibrome utérin, kyste de l'ovaire, salpingite surtout, capable de comprimer, de couder ou d'oblitérer les trompes et paraissant suffisante à premirèe vue pour expliquer la stérilité. Ce n'est là souvent qu'une apparence, car, sauf peut-être s'il s'agit de salpingites bilatérales, beaucoup de ces lésions sont parfaitement compatibles avec la procréation.

Si l'on veut se rendre compte avec certitude de l'état de perméabilité des trompes, l'examen clinique habituel ne suffit pas, et il faut recourir à

certains procédés, procédés spéciaux d'exploration, dont l'importance apparaît comme capitale quand on sait que quatre sur dix des femmes stériles doivent leur stérilité à l'oblitération de leurs trompes.

Exploration de la perméabilité tubaire. — L'exploration de la perméabilité tubaire peut actuellement se faire de deux façons : par insufflation de gaz sous pression à travers les trompes ou par injection intra-utérine de lipiodol, sous contrôle radiologique.

Ces deux méthodes peuvent être pratiquées. Le professeur Vignes les utilise à l'aide de l'appareil destiné aux deux usages et imaginé par le Docteur Séguy.

L'insufflation d'air sous pression dans l'utérus permet d'apprécier la perméabilité tubaire par trois signes d'inégale valeur : la douleur vive de l'épaule droite, la chute de la pression manométrique, les bruits constatés à l'auscultation tubaire ; tous signes qui traduisent le passage de l'air dans le péritoine.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de l'insufflation des trompes groupent leurs résultats en trois catégories :

Trompes perméables ;
Trompes partiellement ou peu perméables ;
Trompes imperméables.

Il y a des femmes qui ont leurs trompes perméables quinze jours après leurs règles, d'autres au

contraire dont la perméabilité tubaire n'existe qu'immédiatement après la fin des règles.

Il est certain qu'un certain nombre de trompes ont été crues imperméables parce que l'insufflation n'a pas été faite au moment où ces trompes étaient physiologiquement libres.

Ces résultats douteux peuvent être dus à plusieurs causes.

Ils sont parfois sous la dépendance d'une erreur de technique.

Ils peuvent être dus à une erreur d'interprétation : en auscultant au niveau du pavillon tubaire, on est persuadé d'entendre le passage des bulles d'air, alors qu'il s'agit simplement de bruits intestinaux. La confusion est parfois extrêmement difficile à éviter même pour un observateur averti ; on se basera surtout, dans ces cas, sur l'absence de chute de l'aiguille au manomètre.

Cl. Béclère pense que toute femme stérile doit d'abord être hystéro-salpingographiée, et il apporte les résultats de l'étude de 110 cas observés en 1932, par François et lui. Ils ont trouvé ainsi 21 hydrosalpinx latents, dont 12 bilatéraux, 29 obturations sans hydrosalpinx, 32 perméabilités tubaires diminuées. Il n'y avait donc sur 110 femmes, que 28 qui avaient des trompes normales (25 %) et 7 d'entre elles sont devenues enceintes, alors que, sur les 32 malades à perméabilité diminuée, 3 seulement sont devenues enceintes (10 %).

Dalsace et Mme Wechsler ont apporté quelques

observations montrant le rôle favorable, dans la stérilité, de la diathermie et des ondes courtes, soit dans les cas de séquelles infectieuses, soit dans les cas d'hypoplasie et de dysménorrhée.

Cl. Béclère emploie la diathermie dans les cas de stérilité par obturation tubaire incomplète ; il a ainsi obtenu 3 grossesses sur 32 cas.

Pulsford et Palmer apportent 10 observations de sténose et d'obturation tubaire traitées par les ondes courtes et les insufflations kymographiques répétées. De quatre obturations, une seule persiste, 2 se sont transformées en sténoses moyennes, une est devenue une sténose très lâche avec oscillations subnormales ; 2 sténoses serrées se sont tranformées en sténoses moyennes. De quatre sténoses moyennes, une est nettement améliorée ; 2 ont subi une amélioration considérable avec réapparition des contractions tubaires. Plusieurs fois, ils ont vu le débouchage, impossible avant les ondes courtes, se produire après celle-ci, au cours de l'insufflation.

Quand toutes les explorations et toutes les thérapeutiques logiques sont restées négatives, on peut essayer l'auto-hémothérapie, qui a donné quelques résultats favorables à Abrami, Dalsace et Wallich.

Au point de vue chirurgie de la stérilité tubaire, signalons les deux cas d'implanation ovaro-utérine avec grossesse consécutive publiés par Panis.

Il faut ensuite procéder à :

L'exploration du corps utérin ;

L'examen du col utérin ;

L'examen du vagin ;
L'examen du périnée.

Pronostic. — Le pronostic des stérilités est éminemment variable et dépend de leurs causes.

La stérilité du mari est habituellement incurable. Il est sage cependant de ne jamais en avertir l'intéressé parce que, d'une part, cette fâcheuse nouvelle peut être la source de psychoses graves et de suicides et que, d'autre part, il semble que certaines stérilités, consécutives à des orchites blennorrhagiques, peuvent n'être que temporaires.

La stérilité de la femme est souvent curable. — Sans doute, certaines stérilités d'origine ovarienne ou tubaire sont graves et leurs traitements des plus aléatoires, mais les autres cèdent souvent à des thérapeutiques simples. L'essentiel du problème est de bien rechercher la cause. L'étiologie une fois établie, les chances de réussite du médecin se seront considérablement accrues.

Chapitre III

LE COTÉ MORAL DU PROBLÈME

Au point de vue moral, on peut diviser les cas de stérilités en :

Stérilité volontaire ;

Stérilité acceptée sans être expressément voulue ;

Stérilité regretée.

A. — *Stérilité volontaire*

a) La stérilité volontaire est due à une décision mûrement réfléchie du mari et de la femme.

b) C'est le mari qui ne veut pas d'autres enfants.

c) L'opposition à la grossesse vient uniquement de la femme.

Si, dans les deux premières variétés, il n'y a rien à faire pour le médecin, dans cette dernière variété, au contraire, des conseils judicieux peuvent modifier l'opinion de l'intéressée, quand cette opinion, comme il arrive souvent, n'est pas scientifiquement fondée.

1° L'état de santé de la malade rend une grossesse indésirable.

2° La conformation du bassin est plus ou moins anormale. Si la déformation du bassin est notable, consulter un accoucheur compétent avant de conseiller une grossesse et avant de faire tout traitement.

Si la déformation du bassin est manifestement minime, rassurer pleinement la malade et faire le traitement de la stérilité, s'il existe une ou plusieurs lésions susceptibles d'empêcher la fécondation.

Se garder d'inquiéter inutilement la malade en cas de déformation légère.

3° La malade a un fibrome de l'utérus. Envisager les conditions dans lesquelles une grossesse est indésirable : fibromes multiples, plus ou moins volumineux, capitonnant 9/10 des muscles utérins.

Cas dans lesquels un fibrome unique n'est un obstacle ni à une bonne grossesse ni à un accouchement naturel.

4° Il y a eu de l'albuminurei grave à une précédente grossesse.

L'albuminurie persistante, l'albuminurie passagère, la première interdisant, la seconde permettant la grossesse sans inconvénient.

5° Des grossesses antérieures ont dû être interrompues pour cause de vomissements incoercibles.

6° La malade a eu précédemment de l'infection puerpérale sérieuse.

7° La première grossesse a été un môle hydatique.

B. — *Stérilité acceptée sans être expressément voulue*

1° Le plus souvent, il s'agit de stérilité secondaire. Cette stérilité secondaire est fréquente.

2° On pourrait l'éviter, à cause de la facilité relative de sa guérison.

C. — *Stérilité regrettée*

C'est le cas le plus habituel pour les femmes qui n'ont pas d'enfants.

La neurasthénie de la stérilité est fréquente.

Elle existe, aussi, chez des femmes qui n'ont qu'un ou deux enfants et chez des mères malheureuses de la perte de l'un de leurs enfants.

Dans quelle proportion peut-on donner à ces malades des espérances de maternités ?

Ici il nous faut envisager les causes locales de la stérilité féminine, ainsi que la prophylaxie et le traitement de la stérilité.

Une femme est stérile :

a) Par absence des organes essentiels.

b) Par développement insuffisant ou par atrophie de ces organes ;

c) Parce que le fonctionnement physiologique de ces organes est plus ou moins troublé ;

d) Parce que ces organes sont malades ;

e) Enfin, toutes les autres conditions étant favorables,

1. parce que la semence fécondante ne peut être déposée assez profondément, par suite d'hypospadie du mari ;

2. parce que la femme oppose trop de résistance à l'intromission (hymen imperforé, vaginisme);

3. parce que les spermatozoïdes sont détruits sur place (acidité exagérée du vagin, injection et ablution intempestives) ;

4. parce que la semence est expulsée prématurément.

A. — Stérilité par absence des organes essentiels (*absence congénitale, absence chirurgicale*)

La rareté de l'absence congénitale des organes de la génération et l'impossibilité d'y remédier nous

autorisent à n'étudier que l'absence d'origine chirurgicale, d'un intérêt de premier ordre, dans la question qui nous occupe.

La réduction considérable de la mortalité opératoire n'est pas une raison suffisante pour justifier les mutilations irrémédiables. Il faut, au contraire, s'efforcer de les éviter chez les femmes qui, soignées médicalement, pourraient avoir des enfants.

La responsabilité morale du médecin de famille en pareil cas.

I° *Mutilations nécessaires et parfois urgentes*

a) Cancer de l'utérus (cancer du col, cancer du corps).

La grossesse est indésirable dans le cas de cancer utérin.

L'opération précoce peut donner des guérisons.

Un cas personnel du cancer du col guéri depuis 16 ans.

Curabilité plus grande du cancer du corps.

b) Kyste multiloculaire de l'ovaire.

Nécessité de l'opérer sans retard.

Utilité de conserver l'ovaire sain.

c) Grossesse extra-utérine.

Urgence de l'opération en cas d'inondation péritonéale.

Utilité de conserver les annexes du côté sain, une grossesse normale étant possible.

Pathogénie de la grossesse extra-utérine, d'après le Docteur Sehil.

Rôle du corps jaune.

Les cils vibratiles de la muqueuse tubaire ne sont pas l'agent de la progression de l'ovule fécondé.

Espoir d'une prophylaxie de la grossesse extra-utérine par l'emploi de l'opothérapie par le corps jaune.

d) Suppurations pelviennes véritables.

Diagnostic différentiel des suppurations et des salpingites séreuses.

e) Salpingites à répétition.

Leur étiologie est à rechercher.

Elles ne se présentent que dans 2 % des cas de salpingites.

f) Certaines tumeurs fibreuses.

Les tumeurs fibro-kystiques, quleque soit l'âge de la malade.

Les tumeurs fibreuses multiples rendant impossibles l'évolution complète d'une grossesse réclament aussi l'ablation de l'utérus si elles grossissent rapidement et si elles entraînent des phénomènes de compression qui pourraient devenir graves.

Les polypes fibreux nécessitent également une opération, mais, ordinairement, l'utérus peut être conservé.

Ne pas prendre un utérus gravide pour une tumeur fibreuse.

Ne pas qualifier fibrome les sub-involutions avec endométrite hémorrhagique.

2° *Mutilation évitable*

a) Grandes névralgies pelviennes.

Elles peuvent guérir sans castration et la castration ne les guérit pas toujours.

La castration expose ces malades à des psychoses post-opératoires.

Guéries, sans mutilation, elles ne sont pas un obstacle à la grossesse.

b) Petits ovaires scléro-kystiques.

Leur ablation n'est plus que rarement nécessaire.

Leur résection partielle.

c) Salpingo-ovarites.

Curabilité de la salpingo-ovarite sans opération. Fréquence de la grossesse même après salpingites doubles, pour laquelle la castration avait été proposée.

d) Tumeurs fibreuses.

Ne pas sacrifier de parti pris tous les utérus des femmes jeunes atteintes du fibrome de l'utérus. Le traitement médical, le traitement thermal permettent souvent de faire bien tolérer l'existence de la tumeur et parfois une grossesse heureuse viendra justifier cette absence d'intervention.

B. — Stérilité par développement insuffisant ou par atrophie des organes de la génération

Nous laissons systématiquement de côté les anomalies graves de formes de l'utérus qui, par leur rareté, ne sont d'aucun intérêt pratique.

Les utérus restés trop gros, à la suite d'un accouchement (sub-involution).

Il faut envisager la réduction exagérée du volume de l'utérus après l'accouchement, ou hyperinvolution. Elle est rare. Il faut s'en défier d'autant plus que l'utérus était moins développé avant la grossesse. Elle est incurable quand l'utérus est réduit à 5 centimètres et que l'hyperinvolution date déjà d'une année.

Le développement insuffisant de l'utérus est lié à l'insuffisance ovarienne de la période de formation.

La prophylaxie de ces arrêts de développement ne devrait donc jamais être négligée. L'opothérapie ovarienne et les opothérapies associées.

Utilité du massage gynécologique et des dilatations répétées du col, pour achever le développement de l'utérus à l'âge adulte.

Au-dessous de 5 centimètres 1/2, il y a peu de chances de guérison.

On signale plusieurs cas de grossesse avec des utérus de 6 centimètres.

Toute affection gynécologique constitue un obs-

tacle plus ou moins grave à la fécondation. Quelques mots seulement sur les affections suivantes.

— Tumeur de la vulve et du vagin.

— Tumeur fibreuse de l'utérus.

— Polypes fibreux.

— Polypes muqueux et polypes utéro-folliculaires.

— Fibromes du ligament large, kyste de l'ovaire.

— Cancer utérin.

Seront examinés et étudiés en détail : I) les inflammations génitales ; II) la subinvolution ; III) les atrésies et sténoses du col ; IV) les déviations utérines ; V) le prolapsus utérin ; VI) les autres causes de stérilité.

1° Anomalie de l'hymen, hymen supplémentaire, vaginisme, etc.

Les inflammations génitales (vulvites, vaginites, métrites, salpingo-ovarites).

En rechercher l'Etiologie et instituer un traitement adéquat.

— Hétéro-infection.

— Auto-réinfection.

— Endométrites (urétrites du corps, métrites corporéales).

— Salpingo-ovarites.

On pourrait dire que toute affection gynécolo-

gique constitue un obstacle plus ou moins grave et plus ou moins persistant à la fécondation.

Il nous reste à envisager le cas de stérilité inexpliquée.

Ce problème de stérilité a fait l'objet de nombreux travaux.

Brandwein, dans une excellente thèse, inspirée par MM. Devraigne et Séguy, a consacré ce travail à l'étude de l'ovulation, et ces recherches permettent d'expliquer des cas de stérilités inexpliquées et de leur opposer une thérapeutique appropriée. Nous relaterons les points importants de cette thèse : il semble qu'une femme puisse avoir des règles normales, sans avoir d'ovulation vraie, c'est-à-dire l'évolution des follicules devenant kystiques, sans se rompre, les quantités de l'hormone sexuelle émises restant suffisantes pour produire une menstruation normale. L'absence de l'ovulation vraie, chez certaines femmes, permet de comprendre des cas de stérilité en apparence inexplicable.

Ces stérilités ne sont pas forcément définitives, une ovulation vraie pouvant toujours apparaître, même après une longue série d'ovulations avortées.

Il n'existe pas, à priori, un jour fixe d'ovulation dans le cycle cataménial, comme l'avaient pensé et avaient essayé de démontrer les anciens auteurs. La date en est variable d'une femme à l'autre elle doit être recherchée systématiquement chez chaque femme. Deux procédés d'investigation permettront de préciser cette date : la recherche d'une sé-

crétion glaireuse, translucide et cyclique au niveau du col utérin, le dosage de la folliculine urinaire qui accuse au moment de l'ovulation une brusque augmentation.

Par ces deux procédés, on peut arriver aux conclusions suivantes : la date d'ovulation varie d'une femme à l'autre dans des limites très étendues : chaque femme pourrait-on dire, a son type d'ovulation, pouvant survenir à n'importe quel jour du cycle. Toutefois, la plupart d'entre elles semblent faire leur ovulation vers le milieu de l'intermenstrium.

Lorsque la date de l'ovulation a été déterminée pour une femme donnée, il semble qu'elle soit à peu près fixe, ou varie dans des limites infimes, si le cycle reste régulier.

Ce fait a un grand intrêt pour l'efficacité du traitement opothérapique et la pratique de la fécondation artificielle.

D'une série d'expérimentations faites à la consultation de stérilité de la Maternité de Lariboisière, Séguy et Vimeux établissent les conclusions suivantes : les sécrétions normalement acides du vagin excitent les mouvements des spermatozoïdes, mais tuent tous ceux qui ne le quittent pas assez rapidement ; les sécrétions normalement alcalines du col attirent vivement les spermatozoïdes, provoquant ainsi leur ascension : ils ne peuvent continuer leur ascension que si le col est le siège d'une sécrétion fluide, abondante et transparente. Or cette sécré-

tion est physiologique et temporaire, et paraît coïncider avec le phénomène de l'ovulation ; dans la majorité des cas, elle apparaît au milieu de la période intermenstruelle, entre le dixième et le quinzième jour du cycle. L'absence de ces sécrétions normales ou leurs modifications pathologiques peuvent être à l'origine de certaines stérilités inexpliquées.

Donc en admettant que l'ovulation se produit dans la majorité des cas entre le dixième et le quinzième jour, en sachant bien que la vitalité des spermatozoïdes dans les voies génitales ne dépasse pas deux à trois jours, et que l'ovule ne conserve le pouvoir d'être fécondé que pendant deux ou trois jours ; il est facile de concevoir une période de stérilité physiologique, qui comprend les jours qui précèdent à ceux qui succèdent immédiatement aux règles.

C'est en se basant sur ces notions nouvelles que Devraigne et Séguy précisent les conditions, les indications et la technique de la fécondation artificielle (Monde Médical, avril 1934). Cette intervention nécessite plusieurs conditions : la présence de spermatozoïdes vivants et de bonne qualité, l'absence d'infection au niveau des glandes génitales masculines, l'existence d'une ponte ovulaire régulière au niveau de l'ovaire, la perméabilité des trompes, une muqueuse utérine saine.

Après avoir passé en revue les indications de cette fécondation artificielle, qui peut consister en

une insémination vaginale ou, beaucoup plus souvent, en une insémination utérine, après avoir précisé la technique de cette opération et indiqué les précautions indispensables pour assurer sa réussite, Devraigne et Séguy précisent le moment optimum où la fécondation artificielle doit donner le maximum de succès ; le moment optimum sera recherché par la recherche des glaires cervicales translucides, qui, outre qu'elles coïncident avec l'ovulation, favorisent l'ascension des spermatozoïdes, et par le dosage de la folliculine urinaire, qui accusent au mement de l'ovulation une élévation très brutale de son taux. En combinant ces deux recherches, on peut déterminer avec une probabilité intéressante les quelques heures qui paraissent les plus favorables et qui peuvent se trouver à n'importe quel moment du cycle cataménial, mais le plus souvent entre le dixième et le quinzième jour.

CONCLUSIONS

Les considérations qui précèdent nous semblent comporter les conclusions suivantes :

I. — Le rôle du médecin dans la lutte sacrée contre l'insuffisance de la natalité française peut et doit être d'une réelle importance.

II. — Le traitement complet de la syphilis et de la blennorrhagie masculines.

III. — La stérilité féminine est d'une fréquence et d'une curabilité telles qu'il suffirait de la traiter complètement, toutes les fois qu'on la constate, pour obtenir un relèvement très appréciable de la natalité.

IV. — La stérilité primitive peut, en effet, être guérie environ 6 fois sur 10 ; le traitement de la stérilité secondaire donne des succès presque constants ; quant à la stérilité volontaire, c'est le médecin qui en est cause, par ses paroles imprudentes, plus souvent qu'on ne croit, et lui seul peut la combattre efficacement, lorsqu'elle est due à des idées médicales erronées.

V. — L'insuffisance ovarienne de la formation devrait être toujours soignée énergiquement et avec

persévérance pour éviter les arrêts de développement de l'utérus.

VI. — Beaucoup de salpingites aiguës ou subaiguës et le plus grand nombre des salpingites chroniques d'emblée permettent d'obtenir une grossesse, lorsqu'elles sont soignées ainsi que les lésions concomitantes, avec persévérance. D'une façon plus générale, au point de vue qui nous occupe, les mutilations doivent être réduites au strict indispensable.

VII. — Le traitement des stérilités, tant primitives que secondaires, doit être fait avec soin, en recherchant bien et en soignant au fond toutes les petites lésions susceptibles de s'opposer à la grossesse. Trop souvent on a des insuccès, par suite des traitements incomplets, sinon tout à fait illusoires.

VIII. — L'hytéropexie, le radium (sauf indication grave), l'emploi des caustiques destructeurs et atrésiants sont contre-indiqués chez les femmes encore en âge d'avoir des enfants.

IX. — Il est absolument blâmable de décourager les malades qui désirent avoir des enfants, en leur tenant des propos qui ne sont justifiés par aucun motif scientifique incontestable.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Abrami, Dalsace et Wallich. — Autohémothérapie et Stérilité. Presse Médic., 1937, T.I, p.713.

Batuaud (Docteur Jules). — La stérilité féminine, 1922.

Béclère (Cl.). — Bull. Soc. Obst. et Gynécolog. Juin et Juillet 1937.

Béclère et E. François. — La gonorrhée chronique comme cause principale de stérilité. Presse médicale, 15-X-1938.

Binet (A.). — Considérations générales sur la stérilité et sur l'instinct maternel. Revue Française de Gynécologie et d'Obst., Mars 1936.

Braudein. — Thèse de Médec., 1934.

Dalsace et Mme Wechsler. — Diathermie et ondes courtes et stérilité.

Devraigne (Docteur L.). — Stérilité conjugale. Revue méd. française, Déc. 1937.

Devraigne et Seguy. — Phases physiologiques de la stérilité. Etude critique de la théorie d'Ogino-Krauss. Monde Médical, Paris 15-XI-1934.

Junnon. — Stérilité ovarienne. Bull. médic. 16 Juillet 1938.

Igra. — Stérilité conjugale. Consultations de Maternité de Lariboisière, Thèse de Paris, 1934.

MASCARO PASCAR. — Stérilité féminine. Med. Ibera, 9 Février 1935.

OGINO-KNAUSS. — Method of birth contral (based of theory of periodic sterility).

PANIS. — Implantation ovaro-utérine. Acad. de Chirurgie, 1937, p. 686.

PULSFORD et PALMER. — Société d'Obst. et de Gynécol. Juillet 1937.

SCHUMACHER. — Ueber period. Steril. Monatschrift. f. Geburtch. u. Gynäk. Mars 1935.

SEGUY (J.). — L'importance du curetage comme cause de stérilité. La Médecine, Avril 1936.

— Rôle de la rétrodéviation utérine dans l'étiologie de la stérilité. Revue méd. française, Déc. 1934.

VIGNES. — Stérilité (art. dans P.M.C.).